
CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
LEUCOMES ADHÉRENTS
LEURS CONSÉQUENCES ET LEUR TRAITEMENT

THÈSE
PRÉSENTÉE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Et soutenue publiquement le 14 Novembre 1895
POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

PIERRE GORSE

Né le 14 Février 1874, à Pau (Basses-Pyrénées)

Élève de l'École du Service de Santé Militaire.



LYON
ALEXANDRE REY, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
4, RUE GENTIL, 4

—
Novembre 1895

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

LEUCOMES ADHÉRENTS

LEURS CONSÉQUENCES ET LEUR TRAITEMENT

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 14 Novembre 1895

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

PIERRE GORSE

Né le 14 Février 1874, à Pau (Basses-Pyrénées)

Élève de l'École du Service de Santé Militaire.



LYON

ALEXANDRE REY, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

4, RUE GENTIL, 4

—
Novembre 1895

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET. Doyen
LÉPINE. Assesseur.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. DESGRANGES, PAULET, BOUCHACOURT CHAUVEAU, BERNE

PROFESSEURS

Cliniques médicales	{	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales.		BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements.	{	OLLIER.
Clinique ophtalmologique.		PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		FOCHIER.
Clinique des maladies mentales		GAYET.
Physique médicale		GAILLETON.
Chimie médicale et pharmaceutique.		PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie.		MONOYER.
Matière médicale et Botanique.		HUGOUNENQ.
Zoologie et Anatomie comparée.		CAZENEUVE
Anatomie.		FLORENCE.
Anatomie Générale et Histologie.		LORTET
Physiologie.		TESTUT.
Pathologie interne.		RENAUT.
Pathologie externe.		MORAT.
Pathologie et Thérapeutique générales		TEISSIER.
Anatomie pathologique.		AUGAGNEUR
Médecine opératoire.		MAYET.
Médecine expérimentale et comparée		TRIPPIER.
Médecine légale.		POLLOSSON (MAURICE)
Hygiène		ARLOING.
Thérapeutique.		LACASSAGNE.
Pharmacie.		BARD.
		SOULIER.
		CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes. LAROYENNE.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants MM. WEILL, agrégé.
Accouchements. POLLOSSON (Aug.) —
Botanique. BEAUVISAGE. —

AGRÉGÉS

MM. BEAUVISAGE.	MM. GANGOLPHE.	MM. ROUX.	MM. SIRAUD.
CONDAMIN.	POLLOSSON (Aug.)	COLLET.	DURAND.
COURMONT.	ROCHET.	BOYER.	DOYEN.
DEVIC.	ROLLET	CURTILLET.	BARRAL.
DIDELOT.	ROQUE.	VALLAS.	MOREAU.

M. ÉTIEVANT, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. TESTUT, Président; M. MORAT, Assesseur; MM. ROLLET et DURAND, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MON GRAND-PÈRE

A MES SCEURS

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAITRES .

A M. LE PROFESSEUR GAYET

A MONSIEUR LE D^R DESPAGNET (DE PARIS)

A mon Président de Thèse

M. LE PROFESSEUR TESTUT

Au moment de terminer nos études médicales, qu'il nous soit permis de témoigner notre gratitude à tous les maîtres dont nous avons suivi l'enseignement, et en première ligne à M. le professeur Gayet, à qui revient l'idée première de ce travail; nous sommes heureux de pouvoir le remercier ici de la bienveillance avec laquelle il nous a toujours accueilli, et de la bonne grâce avec laquelle il a mis à notre disposition les observations qu'il possédait.

Depuis le début de nos études, nous avons eu l'honneur, tous les ans pendant les vacances, d'assister M. le Dr Despagne (de Paris) à sa clinique de la Miséricorde à Bayonne. Nous n'oublierons jamais les nombreux conseils pratiques que nous prodiguait ce maître bienveillant et dévoué, et nous le remercions vivement des nombreuses connaissances ophtalmologiques que nous lui devons et des bontés de tous genres qu'il a eues pour nous; nous pouvons l'assurer de toute notre reconnaissance et aussi de notre dévouement. M. le professeur

Testut nous a fait l'insigne honneur d'accepter la présidence de notre thèse ; nous l'en remercions vivement ainsi que de la bienveillance avec laquelle il nous a toujours accueilli.

Nous remercions enfin nos camarades de promotion de la sympathie qu'il nous ont toujours témoignée, et nos amis intimes de leur amitié qui nous a été si précieuse pendant notre séjour à l'Ecole.

INTRODUCTION

On désigne sous le nom de leucome adhérent toute cicatrice cornéenne comprenant des adhérences de l'iris. Les causes des leucomes adhérents sont multiples, mais d'une façon générale, on peut dire qu'ils résultent toujours de perforations cornéennes.

C'est une affection assez fréquente, ce qui se comprend sans peine, vu la multiplicité de ses causes. Voici quelles sont les causes les plus fréquentes des leucomes adhérents aux différents âges¹:

De 0 à 10 ans. Ophtalmie des nouveau-nés.

De 10 à 20. Kératite strumeuse, kératite ulcéreuse.

De 20 à 30. Ophtalmie purulente.

De 30 à 50. Blessures, quelques ophtalmies purulentes, kératives granuleuses.

De 50 à 90. Zona, ulcères rongeurs, kératites neuro-paralytiques.

¹ Despagne, thèse, Paris, 1887.

Cette affection présente plus ou moins de gravité suivant l'étendue des adhérences iriennes avec la cornée et de la portion plus ou moins grande de cornée qui est opacifiée ; mais d'une façon générale, elle est toujours grave ; il ne faut jamais négliger les malades qui en sont atteints, car il peut survenir un certain nombre de complications, que nous étudierons plus loin, et dont quelques-unes sont d'une gravité exceptionnelle. Mais malheureusement la thérapeutique est parfois impuissante et le grand nombre de traitements proposés contre les leucomes adhérents est la meilleure démonstration de leur inefficacité, du moins dans un grand nombre de cas.

Nous nous proposons, dans ce travail inaugural, d'étudier d'abord la formation du leucome adhérent et les conséquences qu'il entraîne pour la vision.

Nous examinerons ensuite les diverses complications qui peuvent survenir, et après une étude critique des divers traitements employés nous essaierons d'expliquer les causes pour lesquelles ils échouent si souvent, et en particulier pourquoi l'iridectomie, qui est le traitement le plus généralement employé, ne donne que des résultats fonctionnels très médiocres et parfois même nuls.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
LEUCOMES ADHÉRENTS
LEURS CONSÉQUENCES ET LEUR TRAITEMENT

CHAPITRE PREMIER

Les perforations de la cornée, qui sont la cause des leucomes adhérents, débutent par une ulcération de la membrane transparente, qui apparaît tantôt à la périphérie, tantôt en un point plus ou moins central de cette dernière. Elle gagne sans cesse en largeur et en profondeur jusqu'à ce qu'elle aboutisse à la perforation.

Lorsque la perforation a eu lieu, le canal produit peut être soit cylindrique, soit conique, et lorsqu'il est conique, son sommet peut être dirigé soit vers l'extérieur soit vers l'intérieur.

Le premier cas est relativement favorable; l'iris vient en effet se placer dans ce trajet où il forme une sorte de soupape souple et agencée comme celle d'un soufflet; la cornée n'étant pas affaiblie, l'iris s'engage comme un doigt de gant dans la perforation et forme le staphylome nommé le myocéphalon ou tête de mouche. Les deux autres cas sont loin d'être aussi favorables à cause de l'amincissement de la cornée qui pourra donner lieu à la

formation d'un staphylome. Le plus souvent c'est à son orifice interne que le canal est le plus large.

Lorsque la cornée se perfore, l'humeur aqueuse s'écoule au dehors et l'iris est immédiatement projeté contre l'ouverture. La pupille étant généralement enclavée l'humeur aqueuse sécrétée par le cercle ciliaire ne peut plus pénétrer dans la chambre antérieure; elle pousse par suite de plus en plus l'iris vers la face postérieure de la cornée, jusqu'à coïncidence complète. Mais l'iris ne peut se mouler sur la face postérieure de la cornée sans former un certain nombre de plis, qui partant tous du sommet du cône vont en divergeant vers sa base. Au moment de la perforation, la membrane de Descemet se rompt comme les autres couches de la cornée, et se recroqueville, en partie à cause de son élasticité, en partie à cause de la pression qui est exercée sur sa face postérieure par l'humeur aqueuse. N'étant plus doublée par les autres lames de la cornée, elle est trop faible pour résister à la pression intra-oculaire, et éclate en plusieurs lambeaux que l'iris en s'enclavant refoule contre les parois même du canal. En se repliant, la membrane de Descemet entraîne avec elle quelques-unes des couches les plus profondes de la substance propre qui, ramollie par la suppuration, se laisse déprimer par la membrane élastique au lieu de lui résister. Ce serait, pour Hocquart, la cause de la fréquence de la largeur plus grande du canal à son orifice interne.

Tout autour de la perforation, les lames de la cornée sont dissociées par une énorme quantité de globules purulents remplissant les lacunes interfasciculaires. Les faisceaux sont gonflés, comme variqueux, ondulés; quelques-

uns ont plus de trois fois leur volume normal. Entre les lames de la cornée se trouvent parfois de grosses masses de pigment provenant de la portion d'iris enclavée. La lame vitrée antérieure disparaît très vite ; la postérieure est beaucoup plus résistante et on en trouve toujours des traces, même lorsque le staphylome est parvenu au degré ultime du processus.

Quant à l'iris, il a subi des modifications tout aussi importantes que celles de la cornée. Les grandes cellules rameuses à pigment jaune ont presque toutes disparu. Le tissu irien semble exclusivement formé par une énorme quantité de petites cellules embryonnaires. Les cellules de la couche uvéale postérieure perdent leur pigment, qui émigre jusqu'entre les lames de la cornée, où il se réunit en grosses masses irrégulières. Mais dans l'intérieur même de la perforation, entre l'iris enclavé et la paroi du canal cornéen, il se produit un épanchement exsudatif, dans lequel apparaissent en grand nombre des leucocytes qui s'y multiplient et s'y organisent. Ils s'allongent, deviennent fusiformes, et à force de pulluler, finissent par être tellement nombreux qu'ils se touchent par leurs faces ; en s'organisant, ils constituent un tissu cicatriciel blanchâtre, comblant tous les vides entre l'iris et la cornée et envoyant des prolongements dans les lacunes de cette dernière. L'organisation de l'exsudat en tissu cicatriciel amène un retrait de cet exsudat, qui applique encore plus fortement l'iris contre les bords de la solution de continuité. On a ainsi un *leucome adhérent*.

A l'endroit de l'enclavement, l'iris est souvent si complètement fusionné avec la cornée qu'il est souvent difficile

de trouver une limite bien tranchée entre les deux membranes. Les vaisseaux sont ordinairement peu nombreux dans le tissu irien au sommet de l'enclavement. Assez souvent, en revanche, on en trouve un lacis extrêmement riche au niveau du coude que fait l'iris pour pénétrer dans l'orifice interne de la perforation.

Mais le processus peut aller plus loin. L'accollement de l'iris contre les lacunes de Fontana produit une obstruction de la grande voie lymphatique antérieure de l'œil. Il en résulte une augmentation de tension intérieure, se manifestant par une distension et une projection en avant des membranes externes au point de minime résistance, c'est-à-dire au niveau de la perforation cornéenne. On assiste ainsi à la formation d'un staphylome.

Les leucomes adhérents, et à plus forte raison les staphylomes, ont des conséquences déplorables pour la vision. En effet, ils obstruent le plus souvent la pupille, et ainsi interceptent plus ou moins complètement, suivant leur degré de transparence, les rayons lumineux. D'autre part, de la projection en avant de la cornée sous l'influence de la pression intra-oculaire résulte une myopie énorme causée par l'allongement parfois très considérable du diamètre antéro-postérieur de l'œil, en même temps qu'un astigmatisme irrégulier, dû aux inégalités de courbure, et ne tolérant parfois qu'une perception extrêmement minime des rayons lumineux.

En outre, si un seul œil a été atteint, ce qui est assez rare dans les cas d'ophtalmies purulentes, mais ce qui est la règle pour les leucomes adhérents consécutifs par exemple à des traumatismes ou à des abcès de la cornée, l'inégalité de l'acuité visuelle des deux yeux est une cause

de strabisme. Le plus souvent, c'est à un strabisme interne que l'on a affaire.

De plus, chez les nouveau-nés, les opacités qui résultent de l'ophtalmie purulente sont parfois suivies de la production de nystagmus.

En effet, les défauts de transparence agissent en empêchant chez l'enfant l'apprentissage d'une fixation exacte. Les muscles n'ayant pas appris à se faire équilibre et à contre-balancer leur action réciproque, et étant par suite mal disciplinés, il en résulte des mouvements du globe qui deviennent incoercibles, parce que l'impression reçue par la rétine n'est plus assez forte pour exercer à un degré suffisant son action réflexe sur les muscles des yeux.

Enfin les perforations de la cornée peuvent amener à leur suite l'apparition de cataractes, qui appartiennent à la variété des cataractes capsulaires. Les cataractes pyramidales que l'on rencontre parfois ne sont qu'une forme des précédentes. En effet, au moment de la perforation, la cristalloïde antérieure, poussée en avant par la pression intra-oculaire, suit l'iris lorsqu'il s'applique contre la face postérieure de la cornée, et lorsque le tissu cicatriciel se forme, elle peut contracter ainsi des adhérences avec la cornée, adhérences qui donneront lieu à la production de cataractes capsulaires.

Les cataractes pyramidales exigent pour se former une fistule cornéenne plus ou moins persistante, de façon à ce que le cristallin reste un certain temps en contact avec la face postérieure de la cornée.

Elles consistent en une opacification du pôle cristallinien antérieur et se caractérisent par une saillie conique d'un blanc éclatant au centre de la pupille.

L'épithélium capsulaire altéré et épaissi constitue une masse scléreuse qui d'un côté s'enfonce à la manière d'un clou dans la substance propre du cristallin, et de l'autre soulève la cristalloïde amincie et parfois fendillée.

Dans ces conditions, il est facile de voir combien la vue des malades ayant eu des perforations cornéennes est compromise ; mais ce n'est pas tout, et on peut voir se déclarer chez eux des complications, dont quelques-unes sont d'une extrême gravité et peuvent menacer non seulement leur vue, mais encore leur existence.

CHAPITRE II

Nous avons déjà dit que les leucomes adhérents sont d'une extrême gravité à cause des complications qu'ils peuvent entraîner; sans doute, tous ne se compliquent pas d'accidents graves d'une façon absolue, mais tous ces leucomes amènent de temps en temps quelque manifestation plus ou moins bénigne, de sorte que les gens qui les portent ne sont jamais bien rassurés sur l'existence de leur œil. En effet, l'iris est altéré dans sa nutrition, dans sa structure, dans ses mouvements, et il est en rapports intimes avec le cercle ciliaire, que certains auteurs ont désigné sous le nom de *nœud vital* de l'œil, de sorte qu'il existe toujours un danger permanent, pouvant parfois se produire spontanément, sans aucun signe précurseur.

Tout d'abord, les sujets porteurs de leucomes adhérents peuvent avoir des névralgies oculaires et péri-orbitaires très intenses. Ces névralgies sont constantes, chaque fois que le malade se livre à un travail d'application un peu prolongé et peuvent même se produire lorsque l'œil

ne voit plus, par le seul fait du travail de son congénère. Elles sont dues aux tiraillements continuels qu'exerce l'iris adhérent sur les nerfs iriens et ciliaires. Leur fréquence est telle qu'on les considère plutôt comme un épiphénomène, que comme une complication.

La plus fréquente des complications proprement dites, est sans nul doute, l'ulcération de la surface cicatricielle. A la moindre poussée inflammatoire dont l'œil est le siège soit dans les conjonctives, soit dans toute autre membrane, presque toujours le leucome s'ulcère. En effet, le tissu cicatriciel qui a remplacé les parties de cornée détruites est plus ou moins compact et résistant. Il comprime par suite les parties cornéennes voisines et gêne leur nutrition. En outre la portion d'iris comprise dans la cicatrice est surtout aussi une cause permanente d'irritation. Souvent elle remplit le vide laissé par la perforation cornéenne et n'est séparée de l'extérieur que par une mince couche épithéliale dont la nutrition est également des plus defectueuses, et dont le plus léger frottement amène souvent la desquamation.

Souvent, on constate des iritis à répétitions, pouvant se suivre presque sans interruption et causer ainsi des douleurs intenses et continuelles. En effet, sur la face postérieure du leucome, on trouve l'iris aminci, distendu, recouvert d'une exsudation organisée. Tous les mouvements de son sphincter exercent sur lui des tractions, de sorte qu'il en résulte une irritation permanente de ses fibres devant fatalement aboutir à l'inflammation. Pour d'autres auteurs, l'inflammation de l'iris est due à son exposition à l'air dans le tissu cicatriciel plus ou moins perméable, et à son contact avec les microbes de l'air.

Les tiraillements continuels exercés par les fibres de l'iris adhérent tendent de plus en plus à distendre le cercle ciliaire ; il en résulte une hypersécrétion des liquides intra-oculaires, et par suite l'apparition de phénomènes glaucomateux. En outre, si on fait l'examen de pièces anatomiques, on constate assez souvent la fermeture de l'angle iridien. Cette complication a été particulièrement bien étudiée par Schnabel, Knies, Landsberg, Michel. Sur cinq glaucomes consécutifs à des staphylomes cornéens, Schnabel trouva l'angle iridien fermé trois fois en totalité et deux fois en partie. Une fois la papille était excavée.

Chez les enfants, où la sclérotique est beaucoup moins résistante, on voit apparaître au lieu du glaucome proprement dit l'hydrophthalmie ou buphtalmie. Cette complication consiste dans une distension régulière des enveloppes du globe oculaire par augmentation du volume de ses milieux, augmentation due à une hypersécrétion des liquides intra-oculaires. Le plus souvent l'angle iridien est oblitéré et le cristallin peut être luxé, soit en avant, soit en arrière, ou même résorbé.

On constate en même temps de l'atrophie des procès ciliaires et de la distension de la choroïde avec réduction de la couche des capillaires. Les éléments rétinien sont conservés, mais le plus souvent la papille est excavée, quoique le tronc du nerf optique soit normal ; seul Dürr l'a trouvé atrophique.

Lorsqu'un seul œil est atteint, les leucomes adhérents sont aussi assez souvent le point de départ d'accidents sympathiques de l'autre œil. Taylor le premier en a cité des cas. Cette complication a été étudiée tout au long dans la thèse de Vignaux et la thèse d'agrégation de

Reclus. Pour ces auteurs, l'apparition de ces accidents est due à l'irritabilité et à la compression des nerfs ciliaires.

Un dixième environ des ophtalmies sympathiques reconnaissent pour point de départ des leucomes ou staphylomes adhérents. Sur 90 cas, Rossander a trouvé 8 fois comme origine l'affection qui nous occupe, et dans une autre statistique, également de 90 cas, Vignaux l'a trouvée 9 fois.

Il nous reste enfin à étudier une dernière complication du leucome adhérent, complication qui n'est heureusement pas très fréquente, mais qui présente une telle gravité qu'elle peut compromettre la vie des malades. Nous voulons parler de l'iridocyclite suppurée.

Cette iridocyclite suppurée peut être due au transport dans l'œil de germes infectieux par la circulation générale. Nous en trouvons une observation très nette publiée par M. le professeur Gayet dans les *Archives d'ophtalmologie* de 1887. Mais un grand nombre d'iridocyclites supprimées ne peuvent être attribuées à cette cause.

Pour certains auteurs, en particulier Leber, Sattler et Valude, le leucome serait la porte qui ouvrirait l'œil à l'infection ; pour d'autres enfin, en particulier Despagnet et Verneuil, on aurait simplement affaire au réveil d'une infection latente dont les germes seraient contenus dans l'œil à l'état d'inactivité. L'influence du terrain aurait par suite une extrême importance.

Ce qui fait la gravité exceptionnelle de l'iridocyclite suppurée, ce sont les complications qui peuvent en résulter. Elle peut amener un phlegmon orbitaire, pouvant se propager aux méninges et à la veine ophtalmique et amener

la mort par phlébite de cette veine et thrombose consécutive des sinus caverneux.

Par la gravité des complications que nous venons d'étudier, on peut se rendre compte de l'importance qu'il y aurait à pouvoir mettre à l'abri de tous ces dangers les malades atteints de leucomes adhérents. Un grand nombre de traitements ont été proposés et nous allons les étudier successivement,

CHAPITRE III

Pour exposer avec le plus de clarté possible les divers traitements proposés contre les leucomes adhérents, il est nécessaire de les diviser en deux catégories bien distinctes :

1° Les traitements ayant pour but d'améliorer la vision des malades ;

2° Les traitements ayant pour but de préserver les malades de complications qui les menacent.

Au point de vue du traitement optique, il faut diviser les leucomes dont nous occupons en deux classes :

1° Ceux qui laissent une portion de cornée saine ;

2° Ceux qui occupent la cornée tout entière.

Lorsqu'il y a une portion de cornée saine, l'iridectomie semble s'imposer, si on la fait au point où la cornée est transparente. Une opacité cornéenne étant située devant la pupille, on fait une pupille artificielle derrière une portion saine, de façon à permettre aux rayons lumineux d'arriver sur la rétine. Rien n'est plus naturel. Malheureusement le plus souvent la portion de cornée saine se trouve située

à la partie supérieure et est par suite recouverte en totalité ou tout au moins en grande partie par la paupière. C'est un fait que nous avons très souvent constaté, mais dont il nous est absolument impossible de donner l'explication. Mais même lorsque la pupille artificielle permet l'arrivée sur la rétine des rayons lumineux, les résultats de cette opération sont souvent très médiocres et même parfois pour ainsi dire nuls. Cela tient selon nous à un certain nombre de circonstances que nous exposerons dans le chapitre suivant.

Quant au procédé opératoire, si la chambre antérieure n'est pas détruite, on peut se servir du procédé ordinaire. Si la chambre antérieure n'existe plus, on peut se servir du procédé imaginé par M. le professeur Gayet, et sur lequel il a fait une communication à la Société française d'ophtalmologie dans sa séance du 28 janvier 1884.

En voici le manuel opératoire : Après avoir solidement fixé le globe avec la pince de Monoyer, on incise la cornée au lieu d'élection, et de dehors en dedans avec un scarificateur ordinaire. En procédant par petits coups successifs, on arrive jusqu'à la partie restante de la chambre antérieure, ce qui est annoncé par la sortie d'une gouttelette de liquide. Cela fait, on achève la section de la cornée à l'aide de ciseaux mousses, et on peut ainsi sectionner facilement l'iris qui se présente indirectement.

On a recommandé, lorsqu'on fait une pupille optique, de faire une petite excision, n'embrassant pas toute la périphérie de l'iris et laissant juste le passage nécessaire pour les rayons lumineux, mais alors l'iridectomie perd ses propriétés antiphlogistiques, comme nous le verrons plus loin.

On doit aussi veiller à ne pas déchirer les adhérences iriennes, car souvent elles tiennent à la capsule et on pourrait en les blessant provoquer une cataracte traumatique. Cela est parfois difficile.

D'ailleurs il n'y a pas toujours de cristallin, car il peut s'être résorbé ou être sorti à travers la perforation cornéenne qui a été l'origine du leucome adhérent.

Dans d'autres cas, il n'y a aucune portion de cornée saine, et alors on a imaginé, sans grand succès d'ailleurs, les traitements les plus divers.

On en compte cinq principaux :

- 1° L'établissement d'une pupille artificielle dans la sclérotique ;
- 2° L'établissement d'une fistule dans la cornée ;
- 3° La trépanation de la cornée ;
- 4° La transplantation d'une cornée d'animal ou kératoplastie ;
- 5° Les cornées artificielles.

Le premier procédé n'a donné aucun succès. L'opération consistait en une dissection d'un lambeau de conjonctive vers le bord externe de la cornée et l'ablation de la sclérotique dans toute son épaisseur, au point correspondant. Il fut surtout employé par le Dr Ammon à partir de 1829, puis plus tard par le professeur Ulmann de Marbourg ; nous n'avons trouvé aucun fait postérieur concernant cette opération.

C'est en 1872 que le Dr Gradenigo, oculiste de Venise, eut l'idée de pratiquer une fistule artificielle de la cornée sur un œil atteint de leucome entier. Il aurait

eu quelques améliorations, ainsi que le Dr M. J. Chris-holm, de Baltimore, qui a repris cette méthode. Mais peut-on compter sur la persistance indéfinie de la fistule cornéenne ? En outre, est-on sûr que les milieux profonds de l'œil conservent leur transparence malgré le contact perpétuel de l'air ? D'ailleurs cette méthode ne s'est pas généralisée, et n'a guère été employée que par ces deux ophtalmologistes.

La trépanation de la cornée consiste dans l'ablation d'une partie de cette membrane dans toute son épaisseur pour obtenir à la place une cicatrice moins opaque que la portion détruite.

Cette méthode a été conseillée par Darwin en 1797, puis employée par Bowmann et perfectionnée par de Wecker. Elle a donné d'excellents résultats sur des animaux soumis à l'expérience, mais les résultats sont loin d'avoir été aussi brillants chez l'homme. Dans quelques cas on aurait obtenu cependant une légère amélioration.

La transplantation de la cornée a d'abord été étudiée en Allemagne vers 1840. Ses résultats ont été peu brillants ; la cornée transplantée, une cornée de lapin généralement, a pu contracter des adhérences durables, mais elle s'est toujours opacifiée, quelquefois immédiatement, au plus tard peu de semaines après. A la session de 1886 de la Société allemande d'ophtalmologie, à Heidelberg, von Hippel a fait une communication sur un succès qu'il aurait obtenu par cette méthode. Un autre savant allemand, von Helmholtz croit que, si habituellement la partie transplantée perd sa transparence, c'est qu'on coupe la membrane de Descemet avec la cornée. D'après les expériences de Leber, en effet, cette membrane préserve la

cornée de l'influence du liquide de la chambre antérieure, et ce serait précisément à la conservation de cette membrane que serait dû le succès de von Hippel.

La même année, au Congrès de Chirurgie, M. Rohmer de Nancy a fait une communication sur cette question. Il dit avoir fait un certain nombre d'expériences et n'avoir jamais obtenu qu'un insuccès constant; cette opération d'ailleurs n'éviterait pas le danger de l'ophtalmie sympathique.

Mais von Hippel lui-même dit, dans les *Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde*, que sa méthode ne peut avoir aucun succès dans les cas de leucomes adhérents.

Il y a enfin une autre tentative qui a été faite sans plus de succès d'ailleurs dans le même but : c'est celle des cornées artificielles. Le premier essai a été fait par Nüssbaum en 1853, et il a été imité par le D^r Abbate d'Alexandrie.

Plus récemment, en 1874, le D^r Abadie a essayé l'application d'un tube très léger en bronze d'aluminium, renfermant un verre pouvant s'enlever et se remplacer facilement. La pression intra-oculaire l'a toujours expulsé.

Ainsi donc, jusqu'à présent, aucun traitement ne permet de rendre la vue aux malheureux dont la cornée est entièrement opacifiée; mais peut-on au moins diminuer leurs souffrances et les mettre à l'abri des nombreuses complications qui les menacent sans cesse. Dans ce but aussi, un certain nombre de traitements ont été proposés; le plus employé de tous est l'iridectomie. L'iridectomie peut donc remplir un double but; elle peut être à la fois optique et antiphlogistique. Mais une bonne pupille optique doit

être petite, de façon à ce que les images formées sur la rétine aient le plus de netteté possible; au contraire une bonne pupille antiphlogistique doit être grande, d'où une première difficulté; de plus très souvent les adhérences sont telles, le leucome est si étendu qu'il est impossible de faire une pupille suffisamment grande.

On a essayé de donner une explication du pouvoir antiphlogistique de l'iridectomie, mais sans succès. L'iridectomie agit en abaissant la tension intra-oculaire, mais comment atteint elle ce but? On a dit qu'en faisant l'iridectomie, on enlevait une portion des surfaces sécrétantes et que par suite la quantité de liquide sécrété devait diminuer.

C'est une mauvaise explication, car la partie enlevée est insignifiante.

Certains ophtalmologistes ont prétendu que ce qu'il fallait considérer dans l'ablation d'une partie de l'iris, c'était la suppression d'une portion notable des filets et des ganglions nerveux, qui jouent un si grand rôle dans l'établissement de l'hypersécrétion. Mais on n'enlève point de ganglions nerveux, puisqu'on n'agit point sur le corps ciliaire et qu'on ne touche qu'à l'iris.

D'autres auteurs ont alors supposé que l'iridectomie avait une action sur la circulation de la choroïde; elle amènerait le dégorgement des veines de cette membrane, et par suite la diminution de la sécrétion intra-oculaire. Mais on ne peut guère concevoir que l'ablation d'une portion même étendue de l'iris puisse influencer beaucoup sur la circulation choroïdienne.

Enfin, une dernière opinion, et c'est la plus répandue, veut que l'iridectomie débouche en quelque sorte le canal

de Schiëmm en rompant sur une certaine étendue les adhérences de l'iris à la cornée ; on expliquerait ainsi ce fait d'observation clinique, à savoir qu'une bonne pupille antiphlogistique doit être aussi grande que possible.

Mais quelle que soit l'explication que l'on admette, il est un fait bien connu, c'est que l'iridectomie rend d'immenses services pour calmer les douleurs et prévenir les accidents glaucomateux chez les malades porteurs de leucomes adhérents. Sans doute elle ne réussit pas toujours, et est quelquefois impossible ; parfois même elle peut réveiller une inflammation éteinte, mais elle a son indication lorsque le leucome ou le staphylome s'est enflammé, soit à la suite des tiraillements incessants de l'iris, soit à la suite de l'irritation due à la pression que les paupières refoulées exercent sur le globe. L'opération ne rendra pas la vue, mais apaisera les douleurs. On recommande de faire la pupille artificielle sur le point diamétralement opposé au leucome, ou même, si le leucome est assez étendu, de faire deux iridectomies, une de chaque côté du leucome.

Galezowski a proposé la section des adhérences comme traitement des leucomes adhérents ; il donne à cette opération le nom de synéchetomie ; voici quel en est le manuel opératoire.

On fait avec un petit couteau triangulaire une petite ponction de la cornée du côté opposé à la synéchie et un peu au-dessus du diamètre horizontal qui passe par le leucome. Après avoir ponctionné la cornée, on doit vivement retirer le couteau, afin d'empêcher le plus possible l'humour aqueuse de s'écouler s'il y en a ; on introduit alors par la plaie cornéenne un petit couteau en forme de ser-

pette, à bout mousse, et on le dirige en arrière de la synéchie, entre l'iris et la cornée, le tranchant tourné vers l'iris hernié pour ne pas léser le cristallin ; on sectionne ainsi toute l'adhérence et on retire le couteau.

Cette opération est excellente lorsque les adhérences sont peu étendues ; mais elle ne peut se faire qu'à la condition qu'il existe un certain espace entre la périphérie de la chambre antérieure et la synéchie, ce qui la rend impossible dans tous les cas de leucomes adhérents, larges et périphériques.

Panas et Abadie ont proposé tous deux une opération analogue, à laquelle on a donné le nom d'irido-sclérotomie. Elle consiste à passer le couteau de Groëfe derrière l'iris accolé à la cornée, puis à ramener la pointe du couteau vers la chambre antérieure, pour ressortir derrière le bord transparent de la cornée ; on sectionne ensuite le limbe scléro-cornéen de façon à ne laisser subsister qu'un pont médian de cornée, de 2 à 3 millimètres de large. Cette opération serait applicable non seulement contre les staphylomes cornéens, mais encore pour tous les cas où il y a disparition de la chambre antérieure et hypertonie de l'œil.

Dans les leucomes adhérents, lorsque la transparence de la cornée est perdue sur une grande étendue, l'irido-sclérotomie a sur l'iridectomie l'avantage de mieux préserver la transparence du limbe cornéen qui seul permet le passage de la lumière, alors que tout le reste de la cornée est devenu opaque ou à peu près. On peut d'ailleurs se servir ensuite de la brèche créée pour faire une iridectomie méthodique dans un but optique.

Enfin dans un cas Cuignet a arraché la totalité de l'iris.

Il a publié l'observation de cette opération faite en 1876 sur une dame de quarante ans, affectée d'un leucome central très étendu, adhérent à l'iris et consécutif à un vaste abcès de la cornée. Il y avait un croissant de cornée saine plus large vers le côté externe et supérieur. Il fit au bord externe de la cornée une ponction de 4 millimètres et attira la totalité de l'iris qui se détacha sans peine de ses adhérences à la cornée et au corps ciliaire. Il se produisit une amélioration notable; toute inflammation disparut et même la malade y vit un peu.

Mais cette opération à laquelle Cuignet donne le nom d'iridodialyse ne peut être d'un usage courant, car le plus souvent les adhérences entre la cornée et l'iris sont très solides, et opposent un obstacle insurmontable à l'arrachement total de l'iris.

M. le professeur Gayet est l'auteur d'un procédé très ingénieux pour rompre d'une façon complète les adhérences de l'iris à la cornée. En voici le manuel opératoire¹:

« On fait aux deux extrémités du diamètre horizontal de la cornée, et parallèlement au limbe, deux incisions d'environ 4 millimètres chacune. Par l'ouverture externe, on fait passer une aiguille tubulée à extrémité mousse et même un peu renflée, que l'on fait cheminer avec précaution dans la chambre antérieure, entre l'iris et la membrane transparente, pour la faire sortir en dernier lieu par l'autre plaie. Le tube a passé au-dessus de l'adhérence centrale. On conduit alors un fil de soie fin, mais résistant, à travers l'aiguille que l'on retire ensuite, laissant le fil

¹ Gayet, *Eléments d'ophtalmologie*, Paris, Masson, 1873.

occuper sa place et se trouver dans les mêmes rapports qu'elle avec la synéchie.

« On fait ensuite refler l'aiguille tubulée de la plaie interne à l'externe, en observant les mêmes précautions, mais en ayant soin, cette fois, de rester au-dessous du leucome adhérent. On engage alors le chef temporal du fil flottant dans l'aiguille et, lorsque son extrémité vient apparaître de l'autre côté, on retire celle ci.

« On a donc ainsi une anse placée juste sur la synéchie, l'embrassant par son côté externe et ayant ses deux chefs à la fois du côté du nez. On les tend sur un serre-nœud pour pédiculer d'abord les tissus enfermés et ensuite les étrangler. Mais ce dernier temps est délicat et susceptible d'exercer sur les attaches de l'iris aux procès ciliaires un tiraillement dangereux ; il exige aussi l'emploi d'un serre-nœud qui, tout menu qu'on le suppose, ne saurait être manié impunément dans l'œil.

« Il vaut mieux alors placer autour de la synéchie une seconde anse de fil en sens inverse, entourant le pédicule à couper du côté du nez et laissant sortir ses deux chefs du côté de la tempe. Les deux boucles se font ainsi mutuellement point d'appui et lorsqu'en tirant sur elles l'étranglement s'opère, il ne réagit que le moins possible sur les attaches éloignées des parties.

« La pose du deuxième fil n'est pas beaucoup plus difficile que celle du premier, et on évite l'embrouillement en leur donnant à tous deux des colorations différentes. »

Cette opération est à coup sûr la meilleure de toutes celles qui ont été proposées ; elle a le grand avantage d'être simple et sans danger et, malgré cela, la seule fois où elle a été employée jusqu'à présent, elle n'a pas donné

les résultats que l'on pouvait en attendre , mais cependant c'est une opération très rationnelle qui semble devoir donner de bons résultats.

Enfin, lorsque tous les traitements ont échoué, il ne reste qu'une ressource, l'énucléation.

Un certain nombre d'auteurs ont essayé diverses opérations, généralement connues sous le nom de staphylotomies, dont le but est de conserver un petit moignon de l'œil, afin, disent-ils, de favoriser le port de la pièce artificielle. Mais ces opérations sont souvent assez difficiles et il ne semble réellement pas qu'il soit la peine de se donner tant de mal pour conserver au malade un moignon difforme qui ne lui servira à rien. Lorsque le malade souffrira de son œil, qu'il se produira du côté de celui-ci des poussées inflammatoires et que la vision sera nulle, il n'y aura qu'une opération logique, c'est l'énucléation ; elle débarrasse à tout jamais le malade des souffrances parfois terribles que son œil lui cause, et si l'autre œil est sain, elle le met à l'abri des accidents sympathiques que l'on peut voir survenir d'un jour à l'autre. Enfin, même au point de vue esthétique, une pièce artificielle est à coup sûr supérieure à un œil difforme et coloré en blanc opaque.

CHAPITRE IV

Nous avons vu dans le chapitre précédent que l'iridectomie était le traitement le plus employé, soit dans un but optique, soit dans un but antiphlogistique. Cette dernière atteint le plus souvent son but, tandis que l'iridectomie optique ne donne que des résultats très mauvais.

En effet, quelle acuité peut avoir un malade dont la cornée est projetée en avant, surtout à son centre, de façon à déterminer un astigmatisme irrégulier énorme, échappant à toute correction. Cet astigmatisme à lui seul serait suffisant pour expliquer la faiblesse de l'acuité visuelle de ces malades, même lorsqu'une iridectomie, faite dans de bonnes conditions, permet l'arrivée sur leur rétine des rayons lumineux. En ajoutant à cet astigmatisme la myopie dont nous avons déjà parlé, les opacités du cristallin et chez les enfants le nystagmus, on comprend sans peine ce que peut être leur vision.

De plus, une perforation de la cornée s'établit rarement sans avoir un retentissement sur les parties profondes de

l'œil ; le corps vitré peut ainsi devenir trouble et les membranes et la papille s'altérer. Très souvent, les gaines lymphatiques des vaisseaux de la rétine, s'infiltrant de globules blancs.

En outre, quelque temps après la perforation, le vitré troublé dans sa nutrition, peut se rétracter et se décoller seul ou avec la rétine. Il en résulte une cavité remplie de liquide séreux brunâtre ou jaunâtre, contenant des éléments et des corps volumineux de Gluge, les uns incolores et les autres chargés de pigment.

Enfin lorsqu'il s'est produit des poussées glaucomateuses, la rétine et la choroïde finissent par s'atrophier, la papille s'excave et la perte de la vue peut devenir définitive.

Dans ces conditions, il est bien certain que même en remédiant à l'opacité partielle de la cornée par une iridectomie, on ne peut pas améliorer sensiblement la vue de ces malades. C'est ce qui est d'ailleurs prouvé par les faits cliniques, comme on peut le voir dans les quelques observations que nous avons recueillies :

OBSERVATION I

(Due à l'obligeance de M. professeur Gayet).

Jean-Marie C..., soixante et un ans, cantonnier, entré à la clinique le 2 mai 1882.

Leucomes adhérents des deux yeux, consécutifs à des abcès cornéens. Double pupille artificielle.

$$\text{Acuité : } V = \frac{1}{50}$$

OBSERVATION II

(Due à l'obligeance de M. le professeur Gayet.)

Eugène B..., trente ans, mécanicien, entré à la clinique le 22 novembre 1882.

Vastes leucomes adhérents des deux yeux, consécutifs à une ophtalmie purulente.

Les deux cornées sont complètement opaques ; des deux côtés les vaisseaux convergent vers le centre de la cornée. Toutefois la partie périphérique de la cornée droite est encore légèrement transparente surtout à la partie supérieure où cette partie affecte la forme d'un croissant de 2 millimètres de largeur. La cornée gauche est staphylomateuse.

7 février 1883. — Iridectomie supéro-externe à droite.

9 mars. — Le malade sort sans avoir retiré aucun bénéfice de l'opération.

OBSERVATION III

(Due à l'obligeance de M. le professeur Gayet.)

Catherine C..., soixante-deux ans, ménagère, entrée à la clinique le 20 avril 1882.

Vaste leucome adhérent de l'œil droit, datant de dix-huit ans.

25 avril. — Iridectomie supéro-interne.

Résultat fonctionnel nul.

OBSERVATION IV

(Due à l'obligeance de M. le professeur Gayet.)

Louise D..., cinquante-six ans, lingère, entrée à la clinique le 12 novembre 1883.

Large leucome adhérent de l'œil droit, occupant principalement la partie supérieure de la cornée et consécutif à un traumatisme. Adhérence pupillaire complète. Vision presque nulle.

15 novembre. — Iridectomie à droite. On ne trouve pas le cristallin derrière l'iris, et l'humeur vitrée se présente. On se contente d'une très petite ouverture dans l'iris.

Au moment de sa sortie, la malade déclare voir un peu mieux qu'avant l'opération.

OBSERVATION V

(Due à l'obligeance de M. le professeur Gayet.)

Pierre R..., trente-cinq ans, ajusteur, entré à la clinique le 12 février 1884.

Vaste leucome adhérent de l'œil droit, d'origine inconnue, occupant surtout la partie inférieure de la cornée et recouvrant presque tout le champ pupillaire. Tendance au staphylome : pas de vaisseaux.

Distingue à peine le jour de la nuit.

19 février. — Iridectomie supéro-interne.

18 avril. — Le malade sort amélioré — $V = \frac{1}{50}$.

OBSERVATION VI

(Due à l'obligeance de M. le professeur Gayet.)

Marius M..., dix-huit ans, maçon, entré à la clinique le 20 février 1884.

Variole il y a six mois. Pustule sur la cornée de l'œil gauche. Cornée gauche opaque à son centre, où elle tend à devenir staphylomateuse ; adhérence complète de l'iris à ce niveau. Transparence de la cornée à la partie supérieure sur une largeur de 4 à 5 millimètres.

23 février. — Iridectomie par le procédé de M. le professeur Gayet. Une pupille artificielle assez large est établie en haut assez facilement. Le cristallin est transparent; les bords de la plaie sont un peu soulevés.

31 mars. — Le malade sort. En somme, l'influence de l'opération a été mauvaise. Le malade n'a presque rien gagné comme vision. Il conserve de la photophobie et la plaie a une tendance staphylomateuse.

OBSERVATION VII

(Due à l'obligeance de M. le professeur Gayet.)

Antoine J..., cinquante-sept ans, cultivateur, entré à la clinique le 25 février 1884.

L'œil droit a été perdu il y a trois ans à la suite d'une maladie ayant duré deux mois. Actuellement il reste un vaste leucome adhérent recouvrant presque toute la cornée. Adhérences iriennes. Disparition de la chambre antérieure.

Distingue le jour de la nuit.

11 mars. — Iridectomie inféro-externe.

15 avril. — Le malade sort sans amélioration notable de sa vision.

OBSERVATION VIII

(Due à l'obligeance de M. le professeur Gayet.)

Eugénie M..., seize ans, entrée à la clinique le 6 mars 1885.

A perdu les deux yeux quelques jours après sa naissance.

OD. — Opacité complète de la cornée; destruction de la chambre antérieure. Abolition complète de la vue.

OG. — Large tache opaque, laissant seulement à la partie supérieure un liseré de cornée transparente large d'environ 1 millimètre. Cet œil voit passer une ombre lorsqu'on passe la main devant lui.

Iridectomie supérieure : pas d'amélioration sensible.

OBSERVATION IX

(Due à l'obligeance de M. le professeur Gayet.)

Henriette F..., dix-sept ans, papetière, entrée à la clinique le 22 juillet 1885.

A mal aux yeux depuis son enfance. La cornée gauche est proéminente et recouverte d'un leucome assez étendu surtout à la partie inférieure. L'iris est adhérent. De nombreux vaisseaux envahissent la cornée.

28 juillet. — Iridectomie supéro-externe. L'incision de la cornée est faite avec un scarificateur.

16 août. — La malade sort améliorée, mais l'œil est toujours irritable et partiellement staphylomateux.

OBSERVATION X

(Due à l'obligeance de M. le professeur Gayet.)

François B..., soixante-huit ans, ouvrier, entré à la clinique le 20 décembre 1886.

Il y a six mois, projection d'un gravier dans l'œil gauche ; quelques jours plus tard, extraction du gravier. Immédiatement après, formation d'un staphylome avec quelques douleurs au début. Ce staphylome occupe presque toute la cornée ; il n'en reste qu'une portion saine à la partie supérieure.

23 décembre. — Iridectomie supérieure.

5 janvier. — L'iridectomie n'a pas donné la moindre amélioration.

OBSERVATION XI

(Due à l'obligeance de M. le professeur Gayet.)

Pierre M., quarante-huit ans, cultivateur, entré à la clinique le 7 février 1887.

Leucome adhérent central de la cornée droite, consécutif à un abcès de la cornée, et laissant à la périphérie une notable portion de cornée saine.

13 février. — Iridectomie supéro-externe.

A sa sortie, le malade déclare avoir bénéficié d'une augmentation sensible de la vision.

OBSERVATION XII

(Due à l'obligeance de M. le professeur Gayet.)

Julie P..., vingt-quatre ans, dentellière, entrée à la clinique le 9 février 1887.

Vaste leucome adhérent central de l'œil droit consécutif à une ancienne kératite, avec tendance au staphylome.

6 février. — Iridectomie inférieure.

19 mars. — La malade sort et dit y voir moins qu'avant l'opération ; elle ne voit pas les doigts à 30 centimètres.

OBSERVATION XIII

(Due à l'obligeance de M. le professeur Gayet.)

Marie M..., trente-cinq ans, couturière, entrée à la Clinique le 14 avril 1887.

Ancienne ophtalmie blennorragique : leucome adhérent consécutif de la cornée droite.

20 avril. — On fait la kératotomie ; aussitôt l'iris fait hernie et semble poussé par le cristallin. On fait sortir alors celui-ci et on excise l'iris avec la pince-ciseaux de De Wecker.

22 mai. — La malade sort légèrement améliorée ; elle voit comme à travers un brouillard.

OBSERVATION XIV

(Due à l'obligeance de M. le professeur Gayet.)

Marie P..., dix-sept ans, entrée à la Clinique le 2 juin 1887.

Perforation ancienne de la cornée droite, à la suite de conjonctivite phlycténulaire. Consécutivement vaste leucome inféro-interne avec adhérences de l'iris ; quelques vaisseaux abordent la cornée.

A la suite d'une double iridectomie, en haut le 14 juin et en dedans le 9 juillet, l'inflammation disparaît, mais la vision est à peine améliorée.

OBSERVATION XV

(Due à l'obligeance de M. le professeur Gayet.)

Marie-Louise G..., trente-neuf ans, lingère, entrée à la Clinique le 15 février 1888.

Opacité complète de la cornée droite consécutive à une ophtalmie purulente, avec tendance au staphylome. L'iris semble adhérent seulement sur les bords ; la chambre antérieure est détruite.]

On fait l'iridectomie le 16 février.

21 février. — L'œil s'aplatit considérablement et l'atrophie paraît imminente.

24 février. — La tension est un peu revenue dans l'œil qui est modérément aplati.

La malade sort sans amélioration.

OBSERVATION XVI

(Due à l'obligeance de M. le professeur Gayet.)

Amédée P..., dix-sept ans, passementier, entré à la Clinique le 7 mars 1888.

Leucome adhérent central de l'œil droit, consécutif à un abcès de la cornée.

Iridectomie le 10 mars.

Assez bon résultat : le malade sort avec une amélioration assez notable de la vue.

OBSERVATION XVII

(Due à l'obligeance de M. le professeur Gayet.)

Anne V..., vingt-trois ans, ménagère, entrée à la Clinique le 21 mars 1888.

Conjonctivite purulente double.

Perforation de la cornée droite avec staphylome irien. La cornée gauche est trouble, grisâtre, et présente des ulcérations superficielles. Quelques jours après l'entrée, perforation de la cornée gauche.

5 juillet. — Iridectomie double : kératotomie supérieure des deux côtés. A gauche, incision faite dans de bonnes conditions, à travers une chambre antérieure suffisante : une petite iridectomie partant de la pupille jusqu'au limbe a pu être pratiquée.

A droite, l'iris étant appliqué presque contre la cornée, le passage du couteau a été assez difficile. On ne peut savoir exactement si la cristalloïde antérieure n'a pas été intéressée, étant donné que la pointe a passé sous l'iris. Petite pupille qui n'atteint pas le centre.

23 juillet. — A gauche il s'est produit une amélioration assez notable $V = \frac{1}{15}$.

A droite l'opération n'a pas amené la moindre amélioration.

OBSERVATION XVIII

(Due à l'obligeance de M. le professeur Gayet.)

Jean-Marie M..., six ans, entré à la clinique le 19 juin 1888.

Ancienne perforation cornéenne de l'œil gauche. Vaste leucome adhérent consécutif avec staphylome.

21 juin. — Iridectomie à gauche : excision d'un lambeau assez étendu.

27 juin. — Le staphylome paraît s'être un peu nivelé.

7 juillet. — Le malade est en bonne voie ; le staphylome rétrograde, mais il n'y a pas d'amélioration de la vision.

OBSERVATION XIX

(Due à l'obligeance de M. le professeur Gayet.)

Sophie M..., soixante ans, sans profession, entrée à la clinique, le 15 octobre 1888.

Il y a quatre ans, à la suite d'un traumatisme, abcès de la cornée gauche ayant amené un leucome persistant.

Blessure de la cornée droite, il y a deux ans, par un épi de blé, ayant amené un abcès et une opacité centrale.

Œil gauche : Opacité totale. Ne voit absolument rien.

Œil droit : Opacité centrale, laissant libres les bords de la cornée. Voit la clarté du jour.

13 novembre. — Iridectomie à gauche. Au moment où la pince saisit l'iris, on sent une grande résistance.

On enlève un grand morceau d'iris.

23 novembre. — La malade distingue la lumière de l'obscurité.

OBSERVATION XX

(Due à l'obligeance de M. le professeur Gayet.)

Félicité B..., soixante et un ans, cultivatrice, entrée à la clinique le 7 octobre 1889.

Il y a six ans, abcès de la cornée gauche consécutif à un traumatisme et ayant laissé un vaste leucome adhérent. La malade ne voit que la clarté du jour; elle est incapable de tout travail, de toute lecture.

10 octobre. — Iridectomie.

21 octobre. — La malade a une acuité extrêmement faible; elle distingue à peine la forme des objets qu'on lui présente.

OBSERVATION XXI

(Due à l'obligeance de M. le professeur Gayet.)

Marguerite R..., cinquante-quatre ans, ménagère, entrée à la clinique en juin 1892.

Variole, il y a onze mois; pustule sur la cornée gauche.

Leucome consécutif occupant les trois quarts inférieurs de la cornée, légèrement vascularisé. L'iris est projeté en avant et la pupille adhérente à la face postérieure de la cornée.

7 juillet. — Iridectomie supérieure: tout marche régulièrement.

21 juillet. — La malade sort. V. 1/20.

OBSERVATION XXII

(Due à l'obligeance de M. le professeur Gayet.)

Baptiste G..., cinquante et un ans, cultivateur, entré à la clinique le 7 juillet 1892.

Abcès de la cornée gauche, en avril dernier. Vaste leucome consécutif occupant la partie supéro-interne de la cornée ; l'iris collé à la face postérieure de la cornée est pris dans la cicatrice cornéenne. Douleurs périorbitaires très prononcées.

8 juillet. — Iridectomie inféro-externe, en un point diamétralement opposé au leucome.

21 juillet. — A sa sortie, le malade voit seulement la clarté.

OBSERVATION XXIII

(Due à l'obligeance de M. le professeur Gayet.)

Claude C..., vingt-six ans, jardinier, entré à la clinique le 30 mars 1893.

Abcès de la cornée gauche, en juillet 1892. Leucome adhérent consécutif avec tendance au staphylome. La chambre antérieure est à peu près nulle ; l'iris s'applique par lambeaux sur la face postérieure du leucome.

Le malade sait distinguer la lumière de l'obscurité.

6 avril. — Iridectomie supérieure. L'incision de la cornée est faite avec un scarificateur.

25 avril. — La vue est très faiblement augmentée.

OBSERVATION XXIV

(Recueillie dans le service de M. le professeur Gayet.)

Désiré C..., vingt-cinq ans, domestique, entré à la clinique le 16 juillet 1894.

Ophtalmie purulente à sa naissance.

Actuellement, l'œil droit est complètement atrophié et la vision absolument abolie de ce côté. La cornée est opaque et présente une ulcération centrale ; des vaisseaux la pénètrent au niveau du limbe.

L'œil gauche présente un leucome central adhérent et les traces d'une iridectomie ancienne (pupille inféro-externe).

Le malade se conduit, mais distingue à peine les doigts à 20 centimètres. Il n'a jamais souffert.

OBSERVATION XXV (personnelle.)

(Recueillie à l'Asile des Jeunes Aveugles de Villeurbanne.)

Marie V..., seize ans. Ophtalmie purulente à sa naissance. Leucomes adhérents des deux yeux consécutifs avec atrophie des deux globes. Double iridectomie à l'âge de deux ans. L'œil droit distingue la lumière de l'obscurité; l'œil gauche ne voit même pas la lumière. Il est impossible à la malade de se conduire.

OBSERVATION XXVI (personnelle.)

(Recueillie à l'Asile des Jeunes Aveugles de Villeurbanne.)

Benoît T..., quatorze ans. Ophtalmie purulente à sa naissance. Actuellement, l'œil gauche est atrophié et complètement perdu. L'œil droit présente un vaste leucome adhérent, s'arrêtant à 1 millimètre environ du bord de la cornée; iridectomie supéro-externe faite il y a douze ans. Le malade peut à peine se conduire.

OBSERVATION XXVII (personnelle.)

(Recueillie à l'Asile des Jeunes Aveugles de Villeurbanne.)

Clotilde V..., onze ans. Ophtalmie purulente à sa naissance. Actuellement, l'œil droit est en atrophie.

L'œil gauche présente un vaste leucome adhérent, laissant trans-

parente la partie supérieure de la cornée ; iridectomie supérieure faite il y a dix ans.

La malade ne se conduit qu'à grand'peine.

En résumé, à côté de quelques légères améliorations, la plupart des malades ne retirent aucun bénéfice appréciable au point de vue fonctionnel de l'opération, dans les cas où il s'agit de leucomes assez étendus, à adhérences larges et solides. Si leur œil n'a jamais été enflammé ni douloureux, on peut toujours tenter une iridectomie optique, car si médiocre que soit le résultat, le malade pourra bénéficier d'une amélioration, qui, quoique minime, lui rendra quelques services.

Mais si les malades ont eu leurs yeux longtemps enflammés, il vaut mieux ne pas y toucher, de crainte de réveiller un vieux foyer d'inflammation éteint, car les résultats que l'on peut espérer sont loin d'être en rapport avec le danger qu'on fait courir aux malades.

Si l'œil est sans cesse enflammé et est la source de douleurs continuelles, une iridectomie aussi large que possible, pourra calmer cet état inflammatoire, mais sans améliorer en rien la vision.

Enfin, si la vision est nulle et si l'œil persiste à être enflammé après une iridectomie faite dans ces conditions, il ne reste qu'une opération logique, l'énucléation.

CONCLUSIONS

I. Les leucomes adhérents sont d'une extrême gravité aussi bien par les conséquences qu'ils entraînent pour la vision que par les complications qui peuvent survenir.

II. Un grand nombre de traitements ont été proposés soit pour améliorer la vision, soit pour éviter les complications ; le plus généralement employé est l'iridectomie.

III. L'iridectomie optique donne des résultats très médiocres et souvent même nuls, lorsque le leucome est étendu ; lorsque l'œil n'est pas habituellement enflammé douloureux, on peut toujours l'essayer pour faire bénéficier le malade d'une amélioration si petite qu'elle soit ; dans le cas contraire, il vaut mieux ne pas faire d'iridectomie optique de crainte de réveiller l'inflammation.

IV. Si l'œil est enflammé et les douleurs continuelles, une iridectomie aussi large que possible, ou l'opération nouvelle proposée par M. le professeur Gayet pour rompre les adhérences de l'iris à la cornée, pourront donner de bons résultats, mais sans améliorer en rien la vision.

V. Enfin, si malgré ce traitement l'inflammation persiste et si la vision est nulle, il ne reste qu'un traitement logique : c'est l'énucléation.

Vu, bon à imprimer :
LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
L. TESTUT.

Vu, bon à imprimer
POUR LE DOYEN,
L'ASSESEUR :
LÉPINE

Vu, bon et permis d'imprimer :
POUR LE RECTEUR, ET PAR DÉLÉGATION
LE DOYEN DE LA FACULTÉ DES SCIENCES,
J. RAULIN.

BIBLIOGRAPHIE

- Abadie. Traité des maladies des yeux. Paris, 1884.
- Staphylomes cornéens et synéchies antérieures. (Archives d'ophtalmologie, 1885).
- Christovitch. Du leucome adhérent. (Recueil d'ophtalmologie, 1889).
- Cuignet. Arrachement de la totalité de l'iris. (Recueil d'ophtalmologie, 1876).
- Despagnet. Thèse. (Paris, 1887).
- Fontan. Etude d'anatomie pathologique sur le leucome adhérent (Recueil d'ophtalmologie, 1888).
- Galezowski. De la synéctomie dans le leucome adhérent (Recueil d'ophtalmologie, 1881).
- Gayet. Eléments d'ophtalmologie. Paris, 1893.
- Communication à la Société française d'ophtalmologie. (Recueil d'ophtalmologie, 1884).
- Hocquard. Anatomie et physiologie pathologiques des staphylomes. (Annales d'oculistique, 1879-1880).
- Kahn. Thèse. Paris, 1874.
- Panas. De l'irido-sclérotomie. (Archives d'ophtalmologie, 1884).
- Peyrot. Thèse d'agrégation, Paris, 1878.

Pomier. Thèse, Paris, 1870.

Reclus. Thèse d'agrégation, Paris, 1878.

Vignaux. Thèse, Paris, 1877.

Von Hippel. Communication à la Société allemande d'ophtalmologie (Session de Heidelberg) (Recueil d'ophtalmologie, 1885).

Warlomont. Du nystagmus. (Annales d'oculistique, 1880).

